

Entwickelt und verwaltet von



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

**Ergänzender Gesundheitsfonds
des gesamtstaatlichen Gesundheitsdiensts**

“Angestellte von Seilbahnanlagen”

Kollektive ergänzende Gesundheitsfonds im Rahmen der innerbetrieblichen Verträge, Abkommen oder Reglements zu Gunsten der Mitarbeiter der Betriebe, die Unterzeichner des wechselseitigen Abkommens sind und ihren Sitz in der Autonomen Provinz Bozen haben, in Umsetzung der Rahmenvereinbarung mit dem Raiffeisenverband

ex Art. 51, Absatz 2, Buchstabe A DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen

Vertrieben von



Raiffeisen

Kontakt

MUTUAL HELP Wechselseitige Hilfsgesellschaft
Steuernummer 94107200217

Raiffeisenstraße 2/D – 39100 Bozen
Tel.: 0471 974 964 | Fax 0471 053 613

E-Mail: info@mutualhelp.eu | mutualhelp.eu

Anlage zur
Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds
eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help

Basisfonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge

“Angestellte von Seilbahnanlagen”

Gültig ab 01. Januar 2017

Jährlicher Mitgliedsbeitrag 120,00 Euro

Der nachfolgende ergänzende Basisgesundheitsplan mit dem Namen Raiffeisen Gesundheitsfonds **“Angestellte von Seilbahnanlagen”** richtet sich an die Mitarbeiter der Unternehmen:

- a) die das gegenseitige Abkommen unterzeichnet haben gemäß dem jeweiligen Vertrag, Vereinbarung oder Betriebsordnung nach Art.51 Absatz 2 Buchstabe a) des Dekrets des Präsidenten 917/86;
- b) die Mitglieder bei der Wechselseitigen Gesellschaft Mutual Help sind, mit der daraus folgenden Einschreibung der Mitarbeiter, die die festgelegten Voraussetzungen der Satzung und des genannten Abkommens erfüllen;
- c) mit den Zahlungen der Mitgliedsbeiträge in Ordnung sind.

Die Bestimmungen der „Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds“ eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help vervollständigen den vorliegenden Gesundheitsplan und werden diesem beigelegt.

Mitarbeiter, die nicht mehr bei den oben genannten Betrieben angestellt sind, können den Übergang zum Leistungspaket “Basisgesundheit Bürger” oder „Basisgesundheit Senior“, innerhalb der von der Geschäftsordnung festgelegten Bedingungen, beantragen.

Dieses Ansuchen zum Übergang hat Gültigkeit ab dem 1. Januar des Jahres nach dem Ereignis.

Mutualità mediata mit der



Gesetz 3818 Mai 1886 und nachfolgende
Änderungen

Vertrieben von



Unterstützungsarten

Bereich – Fachärztliche öffentliche Leistungen

Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

1. Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)

Das Mitglied hat Anrecht auf eine Unterstützung in Höhe von **100 %** für Steuerbelege des öffentlichen Gesundheitsbetriebes oder von privaten bzw. freiberuflichen Ärzten, welche ein privates Abkommen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben. In jeden Fall muss der Steuerbeleg obligatorisch die Bezeichnung „Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst“ (Ticket) und den Hinweis auf die Art der durchgeführten Leistung enthalten.

Der Beitrag für die Tickets wird auch für präventive Diagnosesicherungen anerkannt.

Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 1 angeführten Unterstützungen

Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

1) Ausgabenbelege (Sanitätsticket).

Bereich – Fachärztliche private Leistungen

Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen

2. Fachärztliche Untersuchungen

Im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, werden **50 %** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal zwei Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der fachärztlichen Untersuchung getrennt werden.

3.1 Instrumentelle Diagnostik

Dem Mitglied werden im Falle von instrumentaldiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. Es werden **maximal zwei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

Die Rechnung muss die Art der Diagnostik enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der instrumentaldiagnostischen Untersuchung getrennt werden.

3.2 Instrumentelle Hochdiagnostik - Hochspezialisierung

Dem Mitglied werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, welche im Tarifverzeichnis „C“ aufgelistet sind, **50 %** bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** rückvergütet.

4. Laboruntersuchungen

Dem Mitglied werden im Falle von Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder von Ärzten, die eine freiberufliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden, **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückvergütet. Es werden **maximal zwei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden.

Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützungen der vorher aufgeführten Punkte 2, 3.1, 3.2 und 4 werden bis zu einem Maximalbetrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 2, 3 und 4 angeführten Unterstützungen

Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen - Ambulante Chirurgie.

1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung).*

Bereich – Vertragsgebundene Zahnheilkunde

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundene Zahnärzten - Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen

5.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem Mitglied werden für Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder von Zahnärzten, welche mit der wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, die in der **Anlage „B“ Tarifverzeichnis „A“** angeführten Beträge anerkannt.

Bereich der Zahnheilkunde:

- | | |
|---|--|
| A) Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Photographie (12 Positionen) | H) Kieferorthopädie (7 Positionen) |
| B) Mundhygiene und Prävention (7 Positionen) | K) Implantologie und Knochenregeneration (6 Positionen) |
| C) Endodontie (6 Positionen) | L) Fixe Prothesen (20 Positionen) |
| D) Konservierenden Leistungen (5 Stimmen) | M) Abnehmbare Prothesen (5 Positionen) |
| E) Mundchirurgie (15 Positionen) | P) Overdenture-Overimplantat Prothesen (5 Positionen) |
| F) Paradontologie (8 Positionen) | Q) Modellprothese (3 Positionen) |
| G) Gnatologie (4 Positionen) | R) Teilprothese (2 Positionen) |

Gesamte anerkannte Leistungen: 105.

Um eine Rückvergütung der zahnärztlichen Spesen zu erhalten muss auf der Rechnung die Art der durchgeführten Leistung, der Betrag und der zugewiesene Kodex (z.B. A01) stehen. Sollten die Kodexe nicht auf der Rechnung angegeben sein, so muss das von der Zahnarztpraxis ausgefüllte zahnärztliche Datenblatt mit den Kodizes beigelegt werden.

Für Leistungen der **Implantologie**, sowie für **fixe Prothesen** muss die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom **Ende der Behandlung** beigelegt werden. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung beantragt werden.

Für Leistungen der **Kieferorthopädie** muss die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom **Beginn der Behandlung** angelegt werden, sowie die Erklärung des Zahnarztes mit **Beginn und Ende** der kieferorthopädischen Behandlung. Die Rückvergütung von kieferorthopädischen Leistungen, welche länger als ein Jahr dauern, müssen jährlich mit den entsprechenden Dokumenten angefragt werden.

Die Unterstützung kann nur innerhalb der zeitlichen Begrenzungen angefragt werden. Anträge für Anzahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt, außer im Falle der kieferorthopädischen Leistungen, bei welchen Anzahlungen angenommen werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis der Anlage „B“ angeführt sind, sowie Geldsummen, die höher als die vorgegebenen Beträge im Tarifverzeichnis sind, können nicht rückvergütet werden.

Um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der vertragsgebundenen Zahnarztpraxis vor der Dienstleistung den Mitgliedsausweis und den Personalausweis vorweisen.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.1 aufgeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

- 1) Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung);
- 2) Sofern der Kodex nicht auf der Rechnung angeführt wurde: Zahnärztliches Datenblatt, auf der Kodex, die Art und die Kosten der durchgeführten und in der Anlage „B“ aufgelisteten Leistung vermerkt sind;
- 3) Implantologie und fixe Prothesen: Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Ende der Behandlung;
- 4) Kieferorthopädische Leistungen: Erklärung des Zahnarztes mit Beginn und Ende der kieferorthopädischen Behandlung, sowie Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Beginn der Behandlung.

5.2 Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst

Sofern sich das Mitglied an die Zahnheilkundeabteilung des Landesgesundheitsdienstes wendet werden folgende Leistungen anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Höchstentschädigungsgrenze

Die Rückvergütung für die Punkte 5.1 und 5.2 beträgt maximal **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** pro Kalenderjahr.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.2 angeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei öffentlichen Zahnarztpraxen

- 1) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);

5.3 Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall

Dem Mitglied wird bei Verlust oder Verletzung von Zahnelementen, verursacht durch einen Unfall, folgende Unterstützung anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Es muss die medizinische Dokumentation, ausgestellt seitens der kieferchirurgischen Abteilung der Ersten Hilfe einer öffentlichen Struktur, vorgelegt werden, aus der hervorgeht, dass der Verlust oder die Verletzung Folge des Unfalles war.

Die Unterstützung wird auch anerkannt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.

Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Unfall gewährt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.3 angeführten Unterstützungen

Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen.

- 1) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);
- 2) für die Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall muss das Ticket der kieferchirurgischen Abteilung des Ersten Hilfe Dienstes beigelegt werden
- 3) Für Zahnbehandlungen bei der nächstgelegenen Zahnarztpraxis oder Gesundheitseinrichtung muss die Erklärung des behandelnden Arztes beigelegt werden, aus der hervorgeht, dass die Verletzung auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Bereich – Krankenhausaufenthalt

Chirurgische Eingriffe in privaten oder öffentlichen Heilanstalten - Krankentransport - Krankenhauseinlieferung aufgrund chirurgischem Eingriff

6.1 Unterstützte chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Heilanstalten

Bei chirurgischen Eingriffen gemäß Anlage „A“ hat das Mitglied Anspruch auf eine Rückvergütung der Kosten bis zur Erreichung der Höchstentschädigungsgrenze laut Anlage „A“, Tarifverzeichnis Bereich „A“. Folgende dokumentierte Leistungen, die in privaten Strukturen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wurden, werden berücksichtigt:

- a) Fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen vor** der Einlieferung und die für den Eingriff selbst notwendig sind;
- b) Honorare des Chirurgen, Anästhesisten und der sonstigen am Eingriff mitwirkenden Personen
- c) Gebühren des Operationssaals;
- d) Im Zuge des Eingriffes eingebrachte therapeutische Hilfsmittel, einschließlich der therapeutischen Behandlungen und Prothesen
- e) Aufenthaltsgebühr der Heilanstalt;
- f) Leistungen von Krankenpflegern, diagnostische Untersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, die während der stationären Behandlung durchgeführt werden;
- g) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferungen des Organspenders, diagnostische Untersuchungen, ärztlicher Beistand und Beistand durch Krankenpfleger, chirurgische Eingriff zur Entnahme der Organe, Pflegebehandlungen, verschriebene Medikamente und Aufenthaltsgebühren;
- h) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Kauf oder Ausleihe von Prothesen oder Sanitätsgeräten in den **120 Tagen nach** dem Eingriff;

6.2 Krankentransport

Für die Beförderung des Versicherten mit einem für den Krankentransport ausgestatteten Verkehrsmittel wird eine Rückvergütung von **80 %** der Kosten bis zum maximalen Betrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** gewährt.

Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung

Wenn die Unterstützungen gemäß Punkt a), b), c), d), e) f), g) und h) des vorhergehenden Punktes 8.1 beantragt werden, muss das Mitglied, für sich selbst oder für seinen Anspruchsberechtigten, zum Zwecke der Berechnung des von der Wechselseitigen Gesellschaft zu zahlenden ergänzenden Betrags schriftlich erklären, ob ergänzende Polizen und/oder Gesundheitsfonds bestehen. Jede Kumulierbarkeit der gegenständlichen Unterstützung im Rahmen der genannten Rückerstattungsbeträge mit anderen Gesundheitsschutzleistungen ist ausgeschlossen.

Das Mitglied muss also eine Erklärung vorlegen, aus der sich ergibt, dass es sich um die einzige beantragte Unterstützung handelt. Außerdem müssen die Ausgabenbelege ausschließlich im Original vorgelegt werden. Anschließend erhält das Mitglied die Originalbelege, auf denen der gezahlte Unterstützungsbetrag vermerkt wird, zurück.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6 angeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in privaten Strukturen - Krankentransport

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs; (**)
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);
- 3) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus im Ausland (*).

7.1 Krankenhauseinlieferung aufgrund chirurgischem Eingriff

Im Falle, dass das Mitglied einem großen chirurgischen Eingriff gemäß Anlage „A“ unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf folgende Leistungen:

- a) **100 %** des Steuerbeleges für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen** vor der Einlieferung und die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;

- b) **100 %** des Steuerbeleges fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf Kauf oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten in dem **120 Tagen nach** dem Eingriff, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- c) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro**.

7.2 Krankenhauseinlieferung

Dem Mitglied, falls es selbst einem chirurgischen Eingriff laut Anlage „A“ unterzogen wird, steht eine Unterstützung für jeden Aufenthaltstag bis zu einer Höchstdauer von **30 Tagen** in folgender Höhe zu:

- a) **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien;
- b) **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland.

Bereiche der spezifischen chirurgischen Eingriffe:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Chirurgie (88 Positionen: Hals 10, Brust 6 Ösophagus 11, Magen-Zwölffingerdarm 7, Jejunum-Ileum-Colon-Rektum-Anus 22, Peritoneum 2, Leber und Gallenwege 9, Bauchspeicheldrüse - Milz 9, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie 12); 2. Thorax-Lungenchirurgie (23 Positionen); 3. Herz-Kreislauf-Chirurgie (21 Positionen); 4. Gynäkologie (9 Positionen); 5. Neurochirurgie (28 Positionen); 6. Orthopädie (26 Positionen); | <ul style="list-style-type: none"> 7. HNO (11 Positionen: Ohr 8, Larynx und Parynx, 2); 8. Urologie (20 Positionen: Nieren und Nebennieren 7, Harnleiter 3, Blase 5, Prostata 1, Harnröhre 1, Männliche Geschlechtsorgane 3); 9. Augenheilkunde (3 Positionen); 10. Große Verbrennungen (1 Positionen) 11. Organtransplantation (6 Positionen), |
|--|--|
- Gesamte anerkannte chirurgische Eingriffe: 236.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7 angeführten Unterstützungen

Beistand bei Krankenhauseinlieferung

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs. (**)
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).
- 3) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus im Ausland (*).

8.1 Chirurgische Eingriffe für das neugeborene Familienmitglied (Begleitperson)

Dem Mitglied wird für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, das im ersten Lebensjahr in einem Krankenhaus eingeliefert wurde um einen chirurgischen Eingriff zur Korrektur von kognitiven Fehlbildungen vorzunehmen, eine Unterstützung bis zu maximal **10.000,00 (zehntausend/00) Euro** gewährt. Folgende Kosten sind dabei enthalten:

- a) Kosten des Eingriffs;
- b) Fachärztliche Untersuchungen, Instrumentelle Diagnostik und Laboruntersuchungen vor und nach dem Eingriff;
- c) Kosten für die Verpflegung und Übernachtung in der Heilanstalt oder in einem Hotel für den eventuellen Begleiter.

8.2 Ersatztagegeld

Sollte das **Mitglied** keinen Unterstützungsbeitrag für die Buchstaben a), b) und c) des vorhergehenden Punktes 8.1 in Anspruch nehmen, hat es Anrecht auf einen Unterstützungsbeitrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** für jeden Tag für die ersten **30 Tage** des stationären Aufenthaltes des anspruchsberechtigten Familienmitgliedes. Bei einem stationären Aufenthalt vom 31. bis zum maximal 100. Tag wird ein Unterstützungsbeitrag von **100,00 (hundert/00) Euro** pro Tag ausbezahlt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7 aufgeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in öffentlichen Strukturen - Beistand bei Krankenhauseinlieferung

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs. (**)
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).

- 3) Geburtsurkunde; (*)
- 4) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus im Ausland. (*)

Bereich – Kuren

Physiotherapeutische Behandlungen - Onkologische Behandlung

9.1 Physiotherapeutische Behandlungen

Dem Mitglied wird im Falle von Therapiezyklen folgende Unterstützung gewährt:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Therapiezyklus, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern.

Die Unterstützung wird bis zu **maximal zwei Zyklen** pro Kalenderjahr anerkannt.

Dem Steuerbeleg muss die Kopie der Verschreibung des Arztes mit Angabe der Diagnose beigelegt werden.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9.1 angeführten Unterstützungen

Physiotherapeutische Behandlungen

- 1) *Ausgabenbelege von Sanitätsticket, Rechnung, Steuerquittung;*
- 2) *Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.*

9.2 Thermalkuren

Dem **Mitglied** wird im Falle von Hydro-Schlamm-Thermalkuren in Italien folgende Unterstützung gewährleistet:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)
- b) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Therapiezyklus. Die Unterstützung wird bis maximal **einem Zyklus** pro Kalenderjahr anerkannt.
- c) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **40,00 (vierzig /00) Euro** für die fachärztliche Visite in der Thermalstruktur; jede andere Leistung muss separat von der Visite angegeben sein.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9.2 angeführten Unterstützungen

Thermalkuren

- 1) *Ausgabenbelege (Sanitätsticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.*

9.3 Onkologische Behandlung

Im Falle, dass das Mitglied stationär, ambulant oder in der Tagesklinik einer Strahlentherapie, Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf **30,00 (dreißig/00) Euro** für jeden Behandlungstag.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9.3 angeführten Unterstützungen

Onkologische Behandlung

- 1) *Bescheinigung des Krankenhauses, in der die Behandlungstage sowie die Art der durchgeführten Therapie angegeben sind.*

Bereich – Prothesen

Sehhilfen - Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

10.1 Sehhilfen

Für die angefallenen Kosten hat das Mitglied Anspruch auf **50 %** des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht, und zwar bis zu einem Gesamthöchstbetrag von **100,00 (hundert/00) Euro** für jedes Paar Brillen (inklusive Fassung) oder ein Paar jährliche Kontaktlinsen.

Voraussetzung für die Rückvergütung ist die Verschreibung eines Facharztes oder des Augenoptikers mit Angabe der Pathologie oder der Höhe der Dioptrien.

Verschreibungen, die nicht im engeren Sinne auf pathologische Faktoren oder Funktionsmängel des Sehapparates zurückzuführen sind, werden nicht anerkannt. Die Verschreibung des Arztes oder des Optikers wird von der Ärztekommision der Gesellschaft nach eigenem unanfechtbarem Ermessen beurteilt.

Sehhilfen werden in einem Zeitraum von **drei Jahren nur einmal** rückerstattet.

Nach der ersten Zahlung besteht der Anspruch auf eine weitere Unterstützung alle zwei Jahre, sofern der Facharzt feststellt, dass sich das Sehvermögen um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat.

Ausschlüsse

Die Unterstützung wird für monatliche oder Tages-Einwegkontaktlinsen nicht gewährt.

Das Rechnungsdokument muss eine getrennte Auflistung der Kosten der Brillengläser von anderen eventuellen Kosten enthalten.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.1 angeführten Unterstützungen

Sehhilfen

- 1) *Verschreibung des Facharztes, aus der auch die Pathologie hervorgeht (für die Beantragung von Brillengläsern ist auch Höhe der Dioptrien anzugeben).*
- 2) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung).*

10.2 Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Es werden dem Mitglied **50%** des Steuerbelegs rückerstattet bis zu einem Höchstbetrag von **300,00 (dreihundert/00) Euro** pro Kalenderjahr für die nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit und der Korrektur körperlicher Fehlbildungen:

- a) Stützgeräte für Fußgelenk, Beine, Knie und Hüfte.
- b) Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte.
- c) Schuheinlagen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützmiuder, Geradehalter für die Schulter, Halskrausen, Halsstützen;
- e) Hilfsmittel zum Gehen: Krücken, 3-Punkte Stöcke, 4-Punkte-Stücke, Stabilisatoren für die Statik in aufrechter Haltung, Stabilisatoren für die Statik in liegender Stellung;
- f) Hilfsmittel für die Mobilität: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitstuhl;
- g) Hörgeräte;
- h) Traditionelle oder modulare Prothesen für untere Gliedmaßen, die mit Körperenergie funktionieren;
- i) Prothesen für obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperenergie funktionieren;
- j) Prothesen für Kehlkopfektomisierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, zwei pro Kalenderjahr.
- k) Physiognomische Prothesen: Externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen.
- l) Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Heilbehelfen oder Prothesen muss durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt werden, in der auch die entsprechende Pathologie angegeben wird.

Ausschlüsse

In der Kostenaufstellung müssen die Kosten der Prothesen und die Kosten der sanitären Hilfsmittel getrennt von eventuellen anderen Zusatzkosten aufgeführt werden.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.2 angeführten Unterstützungen

Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

- 1) *Ausgabenbelege für Prothesen und sanitäre Hilfsmittel (Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Ärztliche Verordnung mit Angabe der Art der Prothese oder der sanitären Hilfsmittel.*

Bereich – Mutterschaft

Mutterschaft

11. Mutterschaft

Das Mitglied hat für sich selbst Anspruch auf eine Unterstützung von **40,00 (vierzig/00) Euro** für jeden Tag des stationären Aufenthalts bis **maximal 10 Tagen** anlässlich einer Geburt, unabhängig vom Ausgang der Geburt und der Zahl der geborenen Kinder.

Anspruch auf die Unterstützung besteht dann, wenn die Geburt nach der vierundzwanzigsten Schwangerschaftswoche erfolgt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 11 angeführten Unterstützungen

Mutterschaft

- 1) *Krankenkarteikarte oder Bescheinigung des Krankenhauses oder des Geburtshelfers, aus der die Entbindung und die Schwangerschaftswoche, in der die Geburt stattgefunden hat, hervorgehen.*
- 2) *Bestätigung der Entlassung, aus der das Eingangsdatum und das Ausgangsdatum hervorgeht;*

Bereich – Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege – Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

12.1 Hauskrankenpflege

Das Mitglied hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **12,00 (zwölf/00) Euro** pro Stunde und für eine Höchstzeit von **104 Stunden** pro Kalenderjahr, für den Fall, dass das Mitglied von einer vorübergehenden oder dauernden Invalidität durch Krankheit betroffen ist. Der Versicherte benötigt dafür medizinische Betreuung an seinem Wohnort, um folgende Leistungen durchzuführen:

- ärztliche und/oder fachärztliche Therapien,
- Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analyse und Überwachungen,
- Physiotherapien oder Rehabilitierungen.

Die Unterstützung wird nur ausbezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die gegenständliche Erkrankung zurückzuführen sind.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 12.1 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege

- 1) *Ordnungsmäßig quittierte Ausgabenbelege, aus denen die Stundenanzahl der effektiven Hauskrankenpflege und die Art der geleisteten gesundheitlichen Betreuung hervorgehen.*

12.2 Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

Das Mitglied bzw. seine Begünstigten oder gesetzlichen Erben haben, falls das Mitglied selbst an einer bösartigen Krebserkrankung leidet, Anspruch auf eine Unterstützung mit einem Maximalbetrag von **2.000,00**

(zweitausend/00) Euro als Rückerstattung der Kosten, die ihm in den letzten sechs Lebensmonaten für die ärztlichen Einsätze und die Behandlung zu Hause entstanden sind.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die gegenständliche Erkrankung zurückzuführen sind.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 12.2 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

- 1) *Belege der in den letzten sechs Lebensmonaten des Kranken angefallenen Ausgaben;*
- 2) *Zertifizierung des Arztes, die die Krebserkrankung im Endstadium bescheinigt.*

Allgemeine Bestimmungen

- **Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Die Unterstützungen, die in den Punkten 1 bis 12 aufgezählt sind, sind nicht kumulierbar.

- **Ausschlüsse**

Die unter den Punkten 1, 2, 3 und 4 angeführten Unterstützungen werden nicht für Leistungen im Rahmen der Rechtsmedizin, der Sportmedizin, der Arbeitsmedizin, der ästhetischen Medizin, der alternativen Medizin, der Akupunktur, der Chiropraxie, der Iridologie, der Homöopathie, der Psychologie, für Medikamente, für Kopie des radiologischen Befundes auf CD, für das Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen gewährt.

Ausgeschlossen und deshalb nicht anerkannt sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die nicht im Besitz eines Universitätsabschlusses der Medizin und Chirurgie sind.

- **Karenzzeit für das Anrecht auf Unterstützung**

Die Arbeitnehmer/Mitglieder, welche durch den Betrieb in den ergänzenden Gesundheitsfonds und unter Berücksichtigung der im wechselseitigen Betriebsabkommen enthaltenen Bedingungen eingeschrieben wurden, haben das Anrecht auf die unter den Punkten 1 bis 12 aufgeführten Unterstützungen **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats** nach der ersten Zahlung des Beitrages, sofern keine besondere Regelung im wechselseitigen Betriebsabkommen festgelegt wurde.

- **Antrag auf Unterstützung: Fristen und Bedingungen**

Der Antrag auf Unterstützung muss mit dem dafür vorgesehenen Formular „Antrag auf Unterstützung“ folgenderweise übermittelt werden:

- a) über das Internetportal **“MutualHelp for you”** (Zugang über unsere Webseite mutualhelp.eu),
- b) per E-Mail ansuchen@mutualhelp.eu (in PDF),
- c) per Post (Gültigkeit hat der Poststempel),
- d) Abgabe bei einer der Filialen der Raiffeisenkasse oder
- e) persönlich direkt beim Büro der Mutual Help, Raiffeisenstraße 2/D, 39100 Bozen.

Der Unterstützungsantrag muss **innerhalb 31. Januar des darauffolgenden Jahres** vom Rechnungsdatum eingereicht werden, anderenfalls verfällt der Anspruch auf die Unterstützung durch stillschweigenden Verzicht. Der Antrag auf Unterstützung kann zu jeder Zeit während des Jahres eingereicht werden, sofern die Summe der beigelegten Dokumente nicht **unter 15,00 (fünfzehn/00) Euro** liegt.

- **Beizulegende Dokumente**

Die Gesellschaft kann vom Mitglied oder direkt bei den zuständigen Einrichtungen alle Unterlagen anfordern, die sie für erforderlich hält, um die Gültigkeit des Anspruchs auf die beantragte Unterstützung zu bestätigen. Die wechselseitige Gesellschaft ist nicht zur Rückgabe der Dokumente verpflichtet, die aufgrund eines Antrages um Unterstützung vorgelegt wurden, mit Ausnahme des Krankenblattes. Die beizulegenden Dokumente befinden sich in der Durchführungsbestimmung des Fonds am Ende des Textes eines jeden einzelnen Unterstützungspunktes. Den Rechnungen muss die Zahlungsbestätigung beigelegt werden.

- **Notorietätserklärung**

Alle die mit (*) versehenen Dokumente können durch das Formular für die Notorietätserklärung ersetzt werden, das von der Gesellschaft beglaubigt werden muss.

- **Krankengeschichte**

(**) Wird die Quittung für die Ausgabe der Krankengeschichte beigelegt, wird der ganze Betrag rückvergütet.

- **Anlage**

Anlage “A”- Verzeichnis und Tarifverzeichnis der großen chirurgischen Eingriffe, Bereich „A“.

Anlage “B” - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der zahnärztlichen Leistungen Bereich „A“.

Anlage “C” - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der instrumentellen Hochdiagnostik.

Im Zweifelfall nehmen Sie bitte Einblick in die italienische Version, welche rechtliche Gültigkeit hat.